

## 「キャッスルマン病患者会」 会員募集

2015年8月1日に患者会が結成されました。希少難病であるこの疾患のより良い医療と医師ならび社会への周知、指定難病への認定を目指して活動しています。私たちの活動に協力、賛同していただける正会員と賛助会員を募集しています。患者自身が会を通じて活動するばかりでなく、患者を支援して頂ける方々にもご協力をよろしくお願いいたします。

- ・年会費

正会員：入会金 1,000 円、年会費 2,000 円

賛助会員：個人 一口 1,000 円  
          団体 一口 5,000 円

- ・申込方法 別紙に必要事項をご記入のうえ事務局へ郵送願います。

郵送先：〒270-1432

千葉県白井市富士160-16  
キャッスルマン病患者会事務局

- ・会費振込方法 下記の口座にお振込み願います。

ゆうちょ銀行：記号 10110 番号 18420921

受取人 キャッスルマン病患者会

(キャッスルマンビョウカンジャカイ)

他金融機関からゆうちょ銀行へお振込みの場合

銀行 ゆうちょ銀行

店名 〇一八 (ゼロイチハチ)

普通 1842092

名義 キャッスルマン病患者会

(キャッスルマンビョウカンジャカイ)

「キャッスルマン病患者会」 <http://www.conet.ne.jp/~castleman/index.html>

<会員申込>

申込日 年 月 日

会員（○印）： 正会員・賛助会員（個人）・賛助会員（団体）

お名前（フリガナ） \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）男・女

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

お電話番号 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

メールアドレス \_\_\_\_\_

\*以下、正会員申込の方のみ任意でご記入をお願いします。

現在かかっている病院 \_\_\_\_\_

● 診療科 \_\_\_\_\_ 科 担当医師 \_\_\_\_\_ 先生

治療内容 \_\_\_\_\_

発症時期 \_\_\_\_\_

※目的以外に使用しないことをお約束致します。

その他、ご要望・ご質問など

現在罹患されている疾患を選択して○をつけてください

キャッスルマン病

TAFRO症候群